Demographischer Wandel und demographischer Schwindel

Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung

Von Hagen Kühn

Da die Mehrheit der Bevölkerung existenziell auf die sozialstaatlichen Sicherungen angewiesen ist und ihren Abbau ablehnt, haben restriktive Strategien in der Demokratie Legitimationsprobleme. Sie werden meist nicht offen debattiert, sondern erscheinen im Gewand von Sachzwängen. Wenn die Sachzwänge öffentlich zu einem Bedrohungsszenario dramatisiert worden sind, werden Restriktionen zu scheinbar zwingenden Schlussfolgerungen, ja Rettungstaten. So sagt der SPD-Vorsitzende Müntefering: „Wir Sozialdemokraten haben in der Vergangenheit die drohende Überalterung unserer Gesellschaft verschlafen. Jetzt sind wir aufgewacht. Unsere Antwort heißt: Agenda 2010! Die Demographie macht den Umbau unserer Sozialsysteme zwingend notwendig."[1]

Es kennzeichnet die gegenwärtige Situation, dass inhaltsgleiche Aussagen von Vertretern aller Parteien und ihrer Sachverständigen zu hören sind. Vereinheitlichend wirkt, dass Sozialpolitik im Bezugsrahmen (Frame) von demographischer Alterung und Globalisierung thematisiert wird. Das *Framing* eines öffentlichen Diskurses orientiert die Problemsicht auf ein Primärziel, an dem die anderen Ziele und Werte relativiert werden, grenzt bestimmte Handlungsoptionen aus und legt andere nahe. Innerhalb des Bezugsrahmens einer „demographischen Zeitbombe" erscheinen Kürzungen in der Kranken- und Rentenversicherung nicht mehr als Resultate des Verteilungskonflikts zwischen Kapital und Arbeit, sondern als Ausdruck von Generationengerechtigkeit; die Sonderinteressen von Banken, Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungsunternehmen erhalten den Anstrich privater Vorsorge für künftige Generationen. Wenn die Gründe für den angeblich „zwingend notwendigen" Abbau des Solidarsystems demographischer Natur sind, dann können Politik und das ökonomische System nicht verantwortlich sein. Die sinkende Geburtenrate verantworten die Bürger selbst und die steigende Lebenserwartung hat ihren Preis. Begriffe wie „drohende Überalterung" werten dabei unterschwellig das Alter und die alte Generation ab und damit auch deren mögliche Gegenwehr.

Der Demographierahmen hatte sich zunächst in der Rentendebatte als effektiv erwiesen und wird in den letzten Jahren auch für die Destruktion der

1 Zit. n.: Michael Schlecht, Ralf Krämer, Sabine Reiner und Norbert Reuter, Mythos Demografie (Gewerkschaft Ver.di, Abt. Wirtschaftspolitik), Berlin 2003, S. 1.

gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dienstbar gemacht. Da künftig, so das Argument, ein Erwerbsfähiger eine wachsende Anzahl alter Menschen versorgen muss, deren Bedarf an medizinischen Leistungen überproportional wächst, müssen entschlossene Politiker dafür sorgen, dass die GKV bezahlbar und der „Standort Deutschland" konkurrenzfähig bleibt.

Der interessierte Gebrauch der demographischen Argumentation schließt freilich nicht aus, dass sie inhaltlich zutreffen kann. Sie umfasst drei Elemente: erstens den demographischen Wandel selbst, zweitens die Erwartung eines damit kausal verbundenen Einnahmerückgangs der GKV und drittens die Erwartung eines altersstrukturbedingten hohen Ausgabenanstieges. Während die beiden erstgenannten Komplexe denen der Rentenversicherung (GRV) ähneln, unterscheiden sich GKV und GRV bei den Ausgaben grundlegend. Die GKV finanziert in erster Linie nicht Geld-, sondern Sachleistungen, also medizinische und pflegerische Dienste und Güter. Diese müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein" und „dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten" (§ 12,1 SGB V), sie sollen „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse" entsprechen „und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen" (§ 2,1 SGB V). Es spielt also der künftige reale Bedarf eine Rolle, der – so das zunächst einleuchtende Argument – altersstrukturbedingt wächst.

Die Versicherten nehmen mit zunehmendem Alter mehr medizinische Leistungen in Anspruch. Da – so folgert man – Durchschnittsalter und Altenanteil steigen, wird das auch die Ausgaben der GKV bei sinkenden Einnahmen in die Höhe treiben. Die der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel" des Bundestags vorliegenden 13 Prognosen verschiedener Institute und Einzelautoren berechnen bis 2040 und 2050 Beitragssätze zwischen 15 und über 30 Prozent.[2] Ihnen haben sich inzwischen weitere hinzugesellt. So spricht Cassel von „progressiv zunehmenden Gesundheitsausgaben", also einer Kurve mit zunehmenden Steigerungsraten, und kommt auf einen Beitragssatz von 31,2 Prozent im Jahr 2040.[3] Im Folgenden soll gezeigt werden, dass weder die Annahmen zu den Ausgaben dem internationalen Stand der Forschung entsprechen, noch demographisch bedingte Einnahmeausfälle zwingend sind. Selbst wenn die prognostizierte Altersstruktur realisiert würde, müsste die Finanzierung der GKV nicht in Frage stehen.

Merkwürdigkeiten

Der Demographiediskurs mutet seltsam an: Während sich der Finanzminister von einer Steuerschätzung zur nächsten mogelt, die Arbeitslosigkeit weiter wächst, akuter Lehrstellenmangel herrscht, Konjunktur- und Wachstums-

2 Deutscher Bundestag, Protokoll der Enquete-Kommission Demographischer Wandel, Anhörung zum Reformbedarf im Gesundheitswesen am 22.1.2001, Berlin.

3 Dieter Cassel, Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission Demographischer Wandel, in: ebd. – Vermutlich könnte, ähnlich einem Verfahren, wie es Pierre Bourdieu in seiner Studie „Homo academicus" (Frankfurt a. M. 1988, S. 17 ff.) angewandt hat, anhand der Marktradikalität eines Ökonomieprofessors die Höhe des von ihm für 2050 errechneten Beitragssatzes der GKV einigermaßen verlässlich vorhergesagt werden.

prognosen von Quartal zu Quartal nach unten korrigiert werden, während die öffentlichen Investitionen darniederliegen, die Wirtschaft der neuen Länder weiter zurückfällt, in der Bildungs-, Klimaschutz- und Zuwanderungspolitik bestenfalls Stillstand zu verzeichnen ist, stehen im Zentrum der Regierungspolitik und der öffentlichen Debatten „zwingend notwendige" Antworten auf Probleme, die in 40 bis 50 Jahren auftreten sollen.

Keiner der Hochrechner präsentiert Lösungen, die speziell auf ein Demographieproblem eingehen. Sie empfehlen vielmehr nur das, was sie, dem neoliberalen Mantra entsprechend, ohnehin schon immer empfohlen haben: Markt im Gesundheitswesen und private, kapitalgedeckte Vorsorge. Kapitaldeckung kann aber gesamtwirtschaftlich kein Generationsproblem lösen. Anders als Individuen oder Privatversicherungen kann eine Volkswirtschaft kein Geld in Gestalt von Altersrückstellungen auf die hohe Kante legen. Nur was heute real investiert wird, entweder in den Produktionsapparat oder in die Infrastruktur, Bildung, Gesundheit usw., wird sich für die künftigen Generationen verzinsen. Investitionen in die Produktion werden aber nur getätigt, wenn Aussicht auf Nachfrage der Endprodukte (Konsumgüter und -dienste) besteht. Kapitaldeckung aus Arbeitseinkommen verdrängt jedoch die private Konsumnachfrage und auch Bund, Länder und Gemeinden verfügen nur dann über die Möglichkeit zu investieren, wenn sie ausreichend Steuern einnehmen und Kredite aufnehmen können. Mit anderen Worten: Die rot-grünen „Reformen" sind das Gegenteil von Sorge für die künftigen Generationen. Außerdem sind bei Kapitaldeckung im Vergleich zu den bestehenden sozialen Umlagesystemen nicht nur die Verwaltungs- und Transaktionskosten weit höher (daraus besteht ein Großteil des Gewinns der Finanzinstitute), sondern die finanzielle Vorsorge für den Alters- und Krankheitsfall wird auch mit erheblichen Inflations- und Kapitalmarktrisiken belastet.[4] Bei Krankheit und im Alter erwarten die Menschen ein Maximum an Sicherheit. Negative Erfahrungen in USA und Großbritannien zeigen, dass ihnen genau diese Sicherheit mit der Kapitaldeckung genommen wird.[5]

Die Bevölkerungsprognosen, auf die man sich beruft, weisen zudem für die kommenden 15 Jahre keinerlei demographisch bedingtes Problem auf und begründen daher nur schlecht die vorgeblich „zwingenden Antworten": Nach der „mittleren Variante" der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung lag das Verhältnis der Summe von zu Versorgenden (Alte ab 60 Jahren und Junge unter 20 Jahren) zu Erwerbsfähigen (Versorgenden) 2001 bei 45 Prozent. Es fällt bis 2010 auf 44,3 Prozent und erreicht 2020 ganze 46,6 Prozent. Warum müssen dann 2004 die Leistungen der GKV abgebaut werden? Was die Jahre nach 2020 angeht, sagt das Statistische Bundesamt: „Da der Verlauf der maßgeblichen Einflussgrößen mit zunehmendem Abstand vom Basiszeitpunkt immer schwerer vorhersehbar ist, haben solche langfristigen

4 Der Verwaltungskostenanteil an den gesamten Ausgaben betrug 2002 bei den gesetzlichen Krankenversicherungen 5,9 % und bei den privaten Krankenversicherungen, wo die Kosten für Akquisition eine erhebliche Rolle spielen, 16,7 % (Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe.bund.de).

5 Christian Christen, Tobias Michel und Werner Rätz, Sozialstaat, Hamburg 2003, S. 47-63; Joseph Stiglitz, Die Roaring Nineties: Der entzauberte Boom, Berlin 2004, S. 191-208.

Rechnungen Modellcharakter."[6] Mit anderen Worten: Statistische Szenarien mittlerer Reichweite von 10 bis maximal 15 Jahren können den Blick für mögliche Trends künftiger Anforderungen schärfen. Zeithorizonte von 40 und 50 Jahren lassen aber kaum handlungsrelevante Orientierungen zu. Die Beitragssatzhochrechnungen sind noch um ein Vielfaches unsicherer, da die Schätzrisiken der Bevölkerungsprognose mit denen der Einnahme- und Ausgabenvorhersagen der GKV multipliziert werden müssen.

Damit nicht genug: Die Gesellschaft unterliegt dem demographischen Wandel, wie er seit einigen Jahren dramatisiert wird, bereits seit mehreren Generationen, ohne dass auch nur eine der heute vorausgesagten Folgen eingetreten wäre. Im Jahr 1900 kamen 12,4 Erwerbsfähige (15-64 Jahre) auf eine alte Person (über 64 Jahre), 50 Jahre später 6,9; nach weiteren 50 Jahren (2000) 4,1 und für 2050 werden 2,0 prognostiziert.[7] Vor 100 Jahren war die Altersstruktur mehr als dreimal günstiger als heute. Müsste es für einen hochrechnenden Ökonomieprofessor nicht rätselhaft sein, wie in diesem Zeitraum der materielle Reichtum für alle Altersgruppen so enorm wachsen und parallel zur demographischen Alterung der letzten 50 Jahre das Sozialsystem ausgebaut werden konnte, das nun nicht mehr zu finanzieren sein soll?

Demographische Entwicklung

Die kausale Beziehung zwischen Altersstruktur und Gesundheitsausgaben scheint selbstverständlich zu sein. Umso erstaunlicher ist der internationale Vergleich. Marmor hat für 20 Industrieländer der OECD Altersquotienten (Anteil der über 64jährigen an der Bevölkerung) und Gesundheitsausgaben (Anteil am BIP) gegenübergestellt. Die beiden Länder mit den ungünstigsten Altersquotienten sind Schweden und Norwegen. Man sollte also erwarten, dass sie auch die höchsten Ausgabenquoten aufweisen. Tatsächlich liegen sie aber an 13. bzw. 19. Stelle. Umgekehrt haben die USA die mit Abstand höchste Ausgaben-, aber eine überaus niedrige Altenquote (15. Stelle).[8] In der OECD-Statistik findet sich nicht der kleinste Hinweis auf einen statistischen Zusammenhang zwischen Altersstruktur und Ausgaben.

Frühere Bevölkerungsprognosen weisen nach weit weniger als 50 Jahren erhebliche Fehler auf. Das liegt nicht an den Unvollkommenheiten der Statistiker, sondern an den Trendumbrüchen. Vor 50 Jahren konnten Statistiker nicht wissen, dass es in den 60er Jahren zu Innovationen bei der Empfängnisverhütung und einem „Pillenknick" der Geburtenrate kommen würde; auch die Immigration von 2,5 Millionen Aussiedlern aus Osteuropa, das Ende der Vollbeschäftigung Mitte der 70er Jahre oder die Vereinigung und der darauf folgende drastische Einbruch der ostdeutschen Geburtenrate waren nicht vorhersehbar. Vor 100 Jahren hätten Prognostiker unter anderem zwei Welt-

6 Statistisches Bundesamt 2003, Bevölkerung Deutschlands bis 2050: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, S. 9, www.destatis.de.
7 Vgl. Schlecht et al., Mythos Demografie, a.a.O.
8 Theodore Marmor, How Not to Think About Medicare Reform, in: „Journal of Health Politics, Policy, and Law", 1/2001, S. 107-117.

kriege und eine Hyperinflation erahnen müssen.[9] Nun muss man die hohe Fehlerwahrscheinlichkeit noch multiplizieren mit derjenigen bei der Schätzung der Gesundheitseffekte der Medizin in 50 Jahren (wir kennen sie nicht einmal für die Gegenwart) als nur einer von zahlreichen Ausgabenvariablen oder bei der Einkommensverteilung 2050 als nur einer der Einnahmevariablen. Ein Mensch, der auf Prognosen mit einer solchen Treffsicherheit sein privates Vermögen setzen würde, gälte als schwachsinnig; setzt er aber die solidarische Krankenversicherung der lohnabhängigen Bevölkerung darauf, so gilt er heute als ein „mutiger Reformer".

Die zitierte Prognose des Statistischen Bundesamtes macht Annahmen zu den drei Variablen Geburtenrate, Lebenserwartung und Wanderung. Für die Politik sind diese Variablen keine fixen Größen, sondern Variablen demokratischer Gestaltung. Je länger der berechnete Zeitraum, desto mehr ist das der Fall. So nehmen die Statistiker an, die Geburtenrate werde bis 2050 auf dem heutigen niedrigen Niveau von 1,4 Kindern pro Frau bleiben. Es bleibt jedoch jeder Regierung unbenommen, in den kommenden Jahrzehnten durch kinder- und familienfreundliche Politik zu versuchen, die Geburtenrate wenigstens auf das derzeitige Niveau Frankreichs oder Dänemarks zu heben. Dabei gibt es noch bedeutendere Faktoren als Kinderbetreuung und Krippenplätze. Eine Studie untersuchte die Gründe für den dramatischen Absturz der schwedischen Geburtenrate von 2,1 auf 1,5 Kinder pro Frau in nur wenigen Jahren. Das Ergebnis ist überraschend eindeutig: Wichtigster Einzelfaktor für die Entscheidung Kinder zu haben ist die Sicherheit eines unbefristeten Arbeitsverhältnisses. Die Wahrscheinlichkeit, dass junge Frauen zwischen 20 und 29 ohne Arbeit zum ersten Mal Mutter werden, ist nur halb so groß wie bei Frauen mit einer festen Anstellung.[10] Auch der schnelle Rückgang der ostdeutschen Geburtenrate nach der Wende weist auf die Bedeutung der sozialen Sicherheit für die Geburtenrate hin. Ironischerweise steht im Zentrum der Agenda 2010, also der angeblichen Antwort auf die „drohende Überalterung", das genaue Gegenteil, nämlich die soziale Unsicherheit als Voraussetzung für die Hinnahme prekärer Arbeitsverhältnisse und niedriger Löhne.

Einnahmen der GKV

Will man die künftige Belastung der erwerbsfähigen durch die Versorgung der nicht erwerbsfähigen Bevölkerung erfassen, dann muss zur Zahl der Alten (ab 60 Jahre) die Zahl der zu versorgenden Jugendlichen (bis 20 Jahre) addiert werden. 2001 kommen auf 100 erwerbsfähige Personen 82 zu versorgende Personen, 2020 werden es nach der mittleren Variante 88 Personen und 2050 dann 112 Personen sein.[11] Die Belastung pro Erwerbsfähigem steigt um 27 Prozent. Wenn deren Produktivität in 50 Jahren um nur 27 Prozent steigt und dieses Wachstum verteilungsneutral realisiert wird, ist die Mehrbelas-

9 Vgl. Gerd Bosbach, Demografische Entwicklung – Kein Anlass zur Dramatik 2004, www.memo.uni-bremen.de/docs/m0404.pdf.
10 Lotta Persson, Reproduction and Employment status, 2002, www.demography.scb.se.
11 Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschland, a.a.O., S. 42.

tung ausgeglichen. Die höhere Zahl der von einem Erwerbsfähigen zu versorgenden Personen kann nur den erschrecken, der davon ausgeht, die Produktivität der Beschäftigten wachse in Zukunft nicht mehr. Die Rürup-Kommission nimmt einen recht niedrigen Wert von 1,8 Prozent jährlichem Produktivitätswachstum an, die Herzog-Kommission unterstellt sogar nur 1,25 Prozent. Trotz dieser niedrigen Ansätze würde dem Belastungsanstieg von 27 Prozent nach den Rürup-Annahmen eine produktivitätsbedingte Einkommenssteigerung von 140 Prozent gegenüberstehen und selbst nach den Herzog-Annahmen wären es noch 84 Prozent. Halten allerdings die Löhne langfristig nicht mit der Produktivität Schritt, kann das bei Fortführung der reinen Lohnfinanzierung der GKV zu Steigerungen des Beitragssatzes führen. Das läge dann aber nicht an einer „drohenden Überalterung", sondern an der Überlegenheit der Arbeitgeber im Verteilungskonflikt.

Demographische Betrachtungen unterstellen meist, die Zahl der Erwerbsfähigen sei identisch mit der Zahl der tatsächlich Erwerbstätigen. Gibt man das auf, dann zeigt sich, dass der größte Teil der zu erwartenden demographisch bedingten Einnahmeausfälle heute bereits durch die Arbeitslosigkeit vorweggenommen ist. Es gibt heute zwischen sechs und sieben Millionen registrierte, verdeckte und unsichtbare Arbeitslose.[12] Ziehen wir davon fünf Millionen von der Zahl der Erwerbsfähigen ab und schlagen sie den zu versorgenden Personen zu, dann kommen 2001 auf 100 Erwerbstätige nicht 88, sondern 105 zu versorgende. Wir haben also heute bereits eine tatsächliche Belastung, die demographisch nach der mittleren Variante des Statistischen Bundesamts erst in 30 Jahren – allerdings bei einer bis dahin gewachsenen Wirtschaft – erreicht werden wird. Nicht Überalterung, sondern Unterbeschäftigung und fehlende Beschäftigungspolitik sind hier das Problem.

Die altersstrukturelle Belastung hängt auch stark von den Erwerbsquoten ab, die ebenfalls – zumal langfristig – politisch gestaltet werden können. Deutschland hat hier, verglichen mit den Ländern der EU und OECD, Nachholbedarf: Erstens liegt die Erwerbsquote der Frauen mit 62,8 Prozent deutlich hinter Schweden (76,3) oder den USA (70,7), wobei diese Zahlen den Unterschied noch untertreiben, da 33,9 Prozent der beschäftigten deutschen Frauen Teilzeitarbeit leisten (Schweden: 29,3; USA: 18,2). Zweitens liegt die Erwerbsquote im Alter zwischen 55 und 64 Jahren mit 41,5 unter dem EU- und OECD-Durchschnitt. Deutschland ist das einzige Industrieland, in dem zwischen 1998 und 2001 diese Quote nicht gestiegen ist, sondern sogar um 3,5 Prozent abgenommen hat.[13]

Die Diskussion um demographisch bedingte Einnahmeausfälle wird instrumentalisiert für die Forderung nach einem höheren gesetzlichen Renteneintrittsalter. Berechnungen des Verbandes der Rentenversicherungsträger zeigen, dass die Erwerbsquote der Männer von 96,6 Prozent bei den 35- bis 40jährigen auf 29,8 Prozent bei den 60- bis 65jährigen zurückgeht (bei verheirateten Frauen von 72 auf 10,9). Diese geringen und sogar sinkenden

12 Vgl. Petra Stellmach, Arbeitslosigkeit: Die halbe Wahrheit über die Beschäftigungslücke, in: „Gesundheits- und Sozialpolitik", 1-2/2003, S. 30-35.

13 SPD 2003, Wirtschaftspolitische Informationen I/2003, Daten und Fakten zur Leistungsfähigkeit Deutschlands, www.spd-online.de/servlet/PB/show/1028647/Wirtschaftspolitische_Info_I_2003.pdf.

Erwerbsquoten älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben vor allem zwei Ursachen: Personalselektion nach Alterskriterien und hoher gesundheitlicher Verschleiß in der Arbeit. Männer und Frauen mit gesundheitsbedingten Frührenten haben eine rund drei Jahre kürzere Lebenserwartung als gleichaltrige Altersrentner, die mit einer anderen Rentenart in den Ruhestand gegangen sind.[14] Die „fernere Lebenserwartung" dieser Rentner mit 65 Jahren ist bei den Männern um 23 Prozent und bei Frauen um 18 Prozent kürzer. Ohne gravierende Verbesserungen des Gesundheitsschutzes und der unternehmerischen Personalpolitik bleibt „höheres Renteneintrittsalter" lediglich eine andere Bezeichnung für weitere Rentenkürzungen.

Ausgaben der GKV

Die Plausibilität dramatischer künftiger Ausgabenzuwächse stützt sich auf zwei Tatsachen: Die Ausgaben der GKV sind bisher parallel zur demographischen Alterung angestiegen und die individuellen Behandlungskosten nehmen mit steigendem Alter zu. Der mit der Altersstrukturveränderung einhergehende Ausgabenanstieg täuscht Kausalität vor, die einer näheren Prüfung nicht standhält. Selbst wenn die Altersstruktur in den vergangenen 20 Jahren konstant geblieben wäre, wären die Ausgaben für die Behandlung alter Menschen überproportional gestiegen. Der weitaus größte Teil der Steigerungen geht auf Veränderungen in der Behandlung alter Menschen zurück (in Verbindung mit Preis- und Mengeneffekten) und nicht auf deren wachsenden Anteil, ist also nicht demographisch bedingt und muss sich daher künftig nicht zwangsläufig fortsetzen. Der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (SVR KA) schätzte daher 1994 (Basisjahr 1992) die jährliche demographisch bedingte Steigerungsrate auf 0,5 bis 0,6 Prozent.[15] Ein Jahr später erhöhte er durch veränderte Annahmen die Schätzung bis 2000 auf 0,74 bis 0,86 Prozent.[16] Demnach hätte der Beitragssatz allein auf Grund der demographischen Veränderungen von 13,2 Prozent 1995 auf 13,70 bis 13,78 Prozent im Jahr 2000 steigen müssen. Tatsächlich betrug er – alle realen Steigerungsfaktoren zusammengenommen – 13,51 Prozent. Selbst wenn die gesamte Steigerung demographisch bedingt war, übertreibt die Schätzung in nur fünf Jahren um 74,2 Prozent.

Nur ein Jahr später schwächte der SVR KA seine Prognose wieder ab.[17] Er hatte inzwischen eine – zunächst auf amerikanischen, dann auch auf schweizer Studien beruhende – Diskussion zur Kenntnis genommen, die von folgenden Überlegungen ausgeht: Verteilt man die Gesundheitsausgaben auf die Lebensphasen einer Person, dann fällt ein weit überproportionaler Anteil

14 Uwe Rehfeld (VDR), Verlängerung der Lebensarbeitsfähigkeit für die Rentenfinanzierung: Frühberentung, vorgezogener Ruhestand und Lebenserwartung, Unveröff. Manuskript 2002.
15 SVR KA, Sachstandsbericht 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden 1994, S. 98.
16 SVR KA, Sondergutachten 1995: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden 1995.
17 SVR KA, Sondergutachten 1996: Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd.I, Baden-Baden 1996, S. 97 ff.

davon im letzten Lebensjahr an, gleichgültig in welchem Lebensalter dieses liegt. Werden die Ausgaben für die medizinische Versorgung im letzten Lebensjahr ausgeklammert, ist der statistische Zusammenhang zwischen Ausgaben und Alter nur noch schwach bzw. nicht mehr eindeutig vom Zufall zu unterscheiden. Daraus folgt: Da jeder Mensch nur ein letztes Lebensjahr erlebt, wird sich ohne Bevölkerungswachstum dieser große Ausgabenblock auch nicht altersbedingt erhöhen.[18] Inzwischen zeigen Studien, dass dieser Sachverhalt auch uneingeschränkt für die GKV zutrifft. So konnte man anhand von Ersatzkassendaten einen „Rückgang der altersspezifischen Verbrauchsziffern an kurativen, insbesondere stationären Leistungen"[19] feststellen. Als ein Argument für ein dennoch starkes altersbedingtes Ausgabenwachstum wird angeführt, dass nicht nur das Durchschnittsalter der Bevölkerung ansteigen werde, sondern auch der Anteil der „alten Alten". Differenziert man die medizinischen Ausgaben im letzten Lebensjahr nach Altersgruppen, dann wird ersichtlich, dass diese bei den „alten Alten" sogar niedriger sind als bei den „jungen Alten" oder gar bei den Patienten im mittleren Alter. Das hat zuerst Scitovsky für die USA nachgewiesen. Brockmann belegt auf der Grundlage von Kassendaten (AOK) aus zwei deutschen Regionen, dass der altersbedingte Rückgang der Ausgaben im letzten Lebensjahr in Deutschland sogar noch gravierender ist. Sie zeigt beispielsweise, dass ein über 90jähriger Patient nur noch knapp die Hälfte der Klinikkosten eines 65- bis 69jährigen verursacht.[20] Das wird durch die meisten der bereits angeführten Studien unterstrichen. Neuere amerikanische Studien auf der Grundlage von repräsentativen Medicare-Daten erhärten mit zunehmend perfekteren Methoden diesen Zusammenhang zwischen Ausgaben, letztem Lebensjahr und Alter.[21]

Weiterhin wird vorgebracht, mit der verlängerten Lebensdauer werde auch die Anzahl der Lebensjahre zunehmen, die durch chronische Erkrankungen und Multimorbidität mit hohem Behandlungsaufwand belastet sind. Fries hält dem eine Verbesserungshypothese entgegen, die sowohl eine Prognose als auch eine gesundheitspolitische Strategieempfehlung ist: Falls parallel zur steigenden Lebenserwartungskurve auch das Lebensalter anstiege, in dem die Menschen ihre chronischen Erkrankungen und Behinderungen erwerben, könnte die Zahl der Lebensjahre mit chronischen Erkrankungen zumin-

18 Vgl. James Lubitz, James Beebe und Colin Baker, Longevity and Medicare expenditures, in: „New England Journal of Medicine", 332/1995, S. 999-1003; James Lubitz und Gerald Riley, Trends in Medicare payments in the last year of life, in: ebd., 328/1993, S. 1092-1096; Helena Temkin-Greener et al., The use and cost of health services prior to death, in: „Milbank Quarterly", 70/1992, S. 679-701; Peter Zweifel, Das Sisyphus-Syndrom im Gesundheitswesen, in: Klaus Merke (Hg.), Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen, Berlin 1997, S. 79-92; Peter Zweifel und Stefan Felder (Hg.), Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses, Bern und Stuttgart 1996.

19 Andreas Seidler, Reinhard Busse und Friedrich W. Schwartz, Auswirkungen einer weiteren Steigerung der Lebenserwartung auf den medizinischen Versorgungsbedarf, In: „Die Ersatzkasse", 9/1996, S. 317-322.

20 Anne A. Scitovsky, Medical care in the last twelve months of life: The relation between age, functional status, and medical expenditures, in: „Milbank Quarterly", 66/1989, S. 640-660; Hilke Brockmann, Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals, in: „Social Science & Medicine", 55/2002, S. 593-608.

21 Norman G. Levinsky et al., Influence of Age on Medicare Expenditures and Medical Care in the Last Year of Life, In: „JAMA", 11/2001, S. 1349-1355; Zhou Yang, Edward C. Norton und Sally C. Stearns, Longevity and Health Care Expenditures: The Real Reasons Older People Spend More, In: „Journal of Gerontology", 1/2003, S2–S10.

dest konstant bleiben oder abnehmen (compression of morbidity). Dies könne umso mehr der Fall sein, je wirkungsvoller die chronisch Kranken versorgt werden.[22] Bereits heute wäre es möglich, die mit chronischen Krankheiten einhergehenden Komplikationen und Behinderungen sowie die Komorbidität deutlich zu senken und die durchschnittliche Gesundheit der Bevölkerung selbst bei gleichzeitig steigendem Durchschnittsalter zu verbessern.

Was sagt die Empirie dazu? Zunächst einmal finden sich – fragt man nach Indikatoren für den durchschnittlichen Gesundheitszustand und nicht nach Einzelbeispielen – kaum Hinweise, auf die sich die Verschlechterungsannahmen der Hochrechner berufen könnten. Die Gesundheitssurveys aus Ländern mit ähnlicher struktureller und demographischer Beschaffenheit wie den Niederlanden, den USA, Schweden und Deutschland, geben zwar ein teilweise diffuses Bild zwischen Verbesserung und Stagnation, aber der Trend weist insgesamt nicht nach unten.

Die Gründe der Diffusität vieler Surveys und Studien werden deutlich, wenn die Verteilung von Krankheit auf Populationen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Status betrachtet wird. Es erweist sich dann, dass für die Angehörigen der Mittelschichten und der Oberschicht die „Kompression" der Krankheit im höheren Lebensalter keine Utopie mehr ist, sondern bereits Realität. Mit der Lebenserwartung verschiebt sich auch der Beginn chronischer Erkrankungen. Die Angehörigen der Unterschicht und Teile der unteren Mittelschicht verbringen hingegen ihre auf niedrigerem Niveau hinzugewonnenen Lebensjahre mit relativ früh erworbenen chronischen Einschränkungen; nur für sie gilt die Verschlechterungsthese. Ein bemerkenswerter Anteil der Morbiditätslast, die bislang der Alterung zugeschrieben wurde, geht also auf das Konto der sozialen Ungleichheit.[23] Die weitere soziale Polarisierung der Verteilung materiellen Reichtums und sozialer Sicherheit würde diese gesundheitliche Ungleichheit verstärken.

Heute werden die Kompressionshypothese und das Potenzial darauf gegründeter Strategien von zahlreichen empirischen Belegen gestützt. Beeindruckend sind die aktuellen Studien aus dem US-amerikanischen „Early Indicators Project". Dieses Großprojekt hat medizinische Daten der US-amerikanischen Armee bis in Geburtsjahrgänge des 19. Jahrhunderts mit großem Aufwand aufbereitet und über die Zeit hinweg vergleichbar gemacht. Da es sich hier um eine sozial relativ homogene Population handelt, geben die Daten ein weitaus klareres Bild als die sozial nicht differenzierenden Studien. So zeigt Fogel, dass Männer im jungen und mittleren Alter in der Vergangenheit weit häufiger chronisch krank waren als heute. Die Wahrscheinlichkeit, dass 60- bis 64jährige weiße Männer nicht chronisch krank sind, ist heute zweieinhalb Mal so groß wie ein Jahrhundert zuvor. Sowohl bei jungen als auch bei älteren Männern waren die altersspezifischen Erkrankungsraten

22 James F. Fries, An Introduction to the Compression of Morbidity, in: Philip R. Lee und Carroll L. Estes (Hg.), The Nation's Health, Boston et al. ³1990, S. 35-41.
23 Michael G. Marmot und Richard G. Wilkinson (Hg.), Social Determinants of Health, Oxford 1999; Andreas Mielck, Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze und Interventionsmöglichkeiten, Bern 2000.

chronischer Krankheiten und Behinderungen im Jahrzehnt vor dem Zweiten Weltkrieg noch weitaus höher als gegenwärtig. Auch die Komorbidität ist deutlich zurückgegangen. Das Erkrankungsalter für chronische Krankheiten bei Männern, die zwischen 1895 und 1910 65 Jahre alt waren, ist gegenüber jenen, die zwischen 1983 und 1992 dieses Alter hatten, deutlich zurückgegangen: für Herzkrankheiten um neun, Erkrankungen der Atemwege um elf, Krebs um acht und Arthritis um elf Jahre.[24] Die Kompressionsthese wird durch die Befunde dieses Projekts bestätigt: Das durchschnittliche Alter des Auftretens der am meisten verbreiteten chronischen Erkrankungen ist über eine 80-Jahres-Periode hinweg um zehn Jahre gestiegen, während sich im selben Zeitraum die Lebenserwartung dieser Gruppe um 6,6 Jahre erhöht hat.[25] Man darf vermuten, dass dieses Ergebnis von der Ober- und oberen Mittelschicht noch übertroffen wird.

Nun könnte – analog zum Theorem des sinkenden Grenzertrags – eingewandt werden, diese Tendenz habe sich erschöpft. Doch Forschungsergebnisse des Early Indicator Projects verweisen auf das Gegenteil. Costa verglich die Langfristdaten mit neuen nationalen Surveydaten. Sie belegt, dass funktionale Behinderungen als Folge chronischer Krankheiten nicht nur über das gesamte 20. Jahrhundert hinweg zurückgegangen sind, sondern auch, dass sich die Rückgangsraten in der jüngsten Vergangenheit deutlich erhöht haben.[26] Bei allen Einschränkungen, die auch hier noch gültig sind, macht der Forschungsstand eines recht klar: Wer heute den demographischen Wandel für langfristig unausweichliche Pro-Kopf-Ausgaben der Krankenversicherung verantwortlich macht, begeht eine grobe und unprofessionelle Fehlinterpretation.

Besonders in einer 40- bis 50-Jahresperspektive sind gravierende Verbesserungen im Sinne der Kompressionsstrategie bereits auf dem heutigen Wissensstand möglich. Eine solche Strategie hat die durchschnittliche Gesundheit der Bevölkerung im Visier und könnte besonders durch Konzentration auf die chronischen Erkrankungen bei Angehörigen der Unter- und unteren Mittelschicht und deren Lebenslage erfolgreich sein. Das kann durch eine Kombination von sozialer und medizinischer Prävention sowie durch verbesserte, auf wissenschaftliche Evidenz gegründete Behandlung und Rehabilitation chronisch Kranker im Rahmen regional integrierter Versorgungssysteme erreicht werden. Die Nebenwirkung wäre ein realer und erheblicher Beitrag zur künftigen Finanzierbarkeit des Sozialstaats im demographischen Wandel.

24 Robert W. Fogel, Changes in the process of aging during the twentieth century: findings and procedures of the early Indicators project, NBER Working paper series, National Bureau of Economic Research, 2003, www.nber.org/papers/w9941.
25 National Bureau of Economic Research: Bulletin on Aging and Health, Fall 2003.
26 Dora L. Costa, Long-term declines in disability among older men: Medical care, public health, and occupational change, NBER Working paper series, National Bureau of Economic Research, 2000, www.nber.org/papers/w7605.